

**Políticas públicas de saúde: a realidade do estado de Roraima****Public health policy: the reality of the state of Roraima**

DOI:10.34117/bjdv5n12-173

Recebimento dos originais: 10/11/2019

Aceitação para publicação: 12/12/2019

**Marcella Lima Marinho**

Titulação: Mestre em Ciências da Saúde

Instituição: Universidade Federal de Roraima

Endereço: Rua Nova Esperança, 156 Casa 3 Bairro Mecejana

CEP: 69304-050 Boa Vista/RR

E-mail: marcellasmarinho@gmail.com

**Nara Lisiane Abreu de Oliveira**

Titulação: Mestre em Ciências da Saúde

Instituição: Universidade Federal de Roraima

Endereço: Rua Sucupira, 779 apto 2 Bairro Paraviana. CEP: 69307-270

Boa Vista/RR

E-mail: naralisianepsi@gmail.com

**Luciana Lopes Silva Martins**

Titulação: Mestre em Ciências da Saúde

Instituição: Universidade Federal de Roraima

Endereço: Rua Alcides Lima, 1133 Bairro Tancredo Neves CEP: 69313-505

Boa Vista/RR

E-mail: luciannamartins34@gmail.com

**RESUMO**

A política social surge no capitalismo em virtude das mobilizações operárias e a partir do século XIX. No Brasil, as primeiras leis sociais apareceram a partir do processo de industrialização. Diante de todo processo, o país questiona a Reforma Sanitária através da VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada um marco para a saúde social no Brasil, respaldada na Constituição-Cidadã, que moldou as diretrizes do Sistema Único de Saúde. O SUS surge como forte esperança para a melhoria da saúde da população, através da Constituição Federativa de 1988 e da lei 8080/90, que especificam entre outros itens os objetivos, princípios e diretrizes que regem esse novo plano de atenção à saúde pública. No âmbito regional, verifica-se que apesar de o plano SUS estar bem estabelecido na teoria, a prática aponta dificuldades em sua implementação efetiva. No estado de Roraima, o SUS é organizado através da Resolução nº 051 de 22 de outubro de 2009 (DOE nº 1178 de 06/11/2009), da Comissão Intergestores Bipartite - CIB/RR. Abordaremos sobre a Política Nacional de Humanização (PNH), como se desenvolve no Estado de Roraima no que se refere ao serviço de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON).

**Palavras-Chave:** Políticas Públicas de Saúde; SUS; Humanização.

**ABSTRACT**

Social policy comes under capitalism because of the workers' mobilizations and from the nineteenth century. In Brazil, the first social laws came from the industrialization process. Before the whole process, the country challenging the health reform through the VIII National Health Conference, considered a milestone for social health in Brazil, supported by the Constitution - Citizen, which has shaped the guidelines of the Unified Health System. The SUS emerged as strong hope to improve the health of the population, through the Federal Constitution of 1988 and law 8080/90, which specify among other things the objectives, principles and guidelines governing this new care plan for public health. At the regional level, it appears that although the NHS plan is well established in theory, the practice shows difficulties in its effective implementation. In the state of Roraima, the NHS is organized through Resolution No. 051 of October 22, 2009 (DOE No. 1178 of 06/11/2009), the Bipartite Commission - CIB / RR. We discuss about the National Humanization Policy (PNH), how it develops in the state of Roraima as regards the service of High Complexity in Oncology (UNACON).

**Keywords:** Health Public Policy; SUS; Humanization.

**1 INTRODUÇÃO**

O presente artigo tem como objetivo apresentar algumas reflexões sobre o cenário das políticas públicas no Brasil como base para a implementação das políticas de saúde e implantação do SUS.

A política social surge no capitalismo em virtude das mobilizações operárias e a partir do século XIX, em meios aos movimentos populares, interpretada como estratégia governamental. Sua ascensão está ligada a Revolução Industrial na Inglaterra, do século XVIII a meados do século XIX, tendo como consequências a urbanização exacerbada, o crescimento da taxa de natalidade, o surgimento da consciência política e social, organizações proletárias, sindicatos, cooperativas na busca de conquistar o acolhimento público e as primeiras ações de política social (PIANA, 2009).

A implementação do SUS, através da lei 8080/90, faz ressurgir na população a esperança na melhoria das condições de saúde pública do país, tornando o Estado o responsável direto no asseguramento da saúde, através da prática dos seus princípios e diretrizes. Nesse momento destaca-se a participação popular, através dos Conselhos e Conferências de Saúde na sugestão, acompanhamento e fiscalização das ações, realizando assim o controle social.

Entretanto, alguns fatores dificultam a implementação efetiva do SUS na prática, como a imaturidade política dos diversos segmentos sociais, a heterogeneidade populacional, financiamento e a omissão do governo na regulamentação e fiscalização das ações de saúde.

No estado de Roraima, o SUS foi organizado no ano de 2009, através de Resolução da Comissão Intergestores Bipartite - CIB/RR que pactuou a constituição de 02 (duas) Regiões de Saúde: Região Centro Norte e Região Sul que de acordo com o novo desenho da regionalização da saúde contempla os 15 (quinze) Municípios do Estado.

Como critério de apresentação, abordaremos especificamente a política pública de Humanização (HumanizaSUS), desenvolvida na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) do Estado de Roraima.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 POLÍTICAS SOCIAIS**

No Brasil, as políticas sociais têm sua origem diretamente ligada ao desenvolvimento urbano industrial, no qual o Estado redefiniu suas funções e passou a utilizar mecanismos institucionais de controle, até então fora de sua esfera de intervenção. Este processo ficou aliado à expansão urbana, agravando-se a “questão social”, ocasionando grandes aglomerados em torno das cidades, intensificando o crescimento da pobreza, do desemprego e da exclusão com privações social, econômica, cultural e política para a classe que vive do trabalho. Contrariamente, houve uma enorme concentração de renda e riqueza para um pequeno grupo, os grandes proprietários, ocasionando uma desigualdade social (DALLAGO, 2007).

Dallago diz ainda, que esta política social com uma concepção liberal traz uma ideia de intervenção coletiva ou estatal no mercado privado para promover o bem-estar individual e social. Entretanto, na concepção dialética, as políticas sociais são estratégias governamentais de intervenção nas relações sociais, desenvolvendo a manutenção da desigualdade social, com estratégias de controle da força de trabalho e regulamentação de direitos sociais passíveis de absorção pelo capitalista.

Piana (2009), afirma que com todas essas modificações, o mundo amplia-se em conhecimentos e novas tecnologias a um nível planetário chamado de mundo globalizado, manifestada através de uma nova modalidade de dominação imposta pelo capital por meio da intensificação do intercâmbio mundial de mercadorias, preços, idéias, informações, relações de produção, proporcionando mudanças significativas nas relações humanas.

### **2.2. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL**

O conjunto de Políticas Públicas de cunho social está representado pelos sistemas de proteção social e decorrentes de um princípio de justiça, cujas principais funções são prover

proteção para todos os membros da comunidade nacional, realizar objetivos não necessariamente econômicos e diretamente econômicos, como programas de renda mínima, e promover políticas redistributivas (RONCALLI, 2003).

No Brasil, as primeiras leis sociais apareceram no final do século XIX, mas somente a partir do processo de industrialização, com o movimento operário grevista, que começam a surgir as primeiras políticas públicas de proteção social no país. A partir daí, já no início do século, as campanhas sanitárias assumiram um importante papel na economia agrário-exportadora, pelo controle dos portos e das estradas de ferro (BATISTA; SOUSA, 2012).

Com a lei de vacinação obrigatória em 1904, a Saúde nesta época foi marcada por campanhas sanitárias e reforma dos órgãos federais, acarretando diversas medidas de saúde, como as campanhas contra a varíola, a febre amarela e a peste bubônica, em respostas momentâneas a estes agudos problemas. Diante disso, houve a necessidade de um movimento pela mudança na organização sanitária que resultou na criação em 1921 do Departamento Nacional de Saúde Pública - DNSP, que estaria focado nas áreas do saneamento urbano e rural da higiene industrial e dos serviços de higiene materno-infantil (BATISTA; SOUSA, 2012). A atuação do país na tentativa de resolver os problemas de saúde da população teve no início do século até os anos 1980, duas características básicas: uma estreita relação entre o estabelecimento das políticas de saúde e o modelo econômico vigente e uma clara distinção entre as ações de saúde pública e de assistência médica (RONCALLI, 2003).

De acordo com o mesmo autor, em relação a assistência médica, o Brasil esteve condicionado ao amadurecimento do sistema previdenciário brasileiro, em que suas práticas foram fundamentadas nas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Em seguida ao surgimento das Caixas, 1923, é promulgada a Lei Eloy Chaves, considerada por muitos autores como o marco do início da Previdência Social no Brasil. A partir de 1930, uma nova forma de organização previdenciária surge através dos IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), de forma mais organizada de acordo com cada categoria profissional e maior componente estatal. Logo, são fundados os institutos dos marítimos (IAPM), dos comerciários (IAPC) dos bancários (IAPB) e dos industriários (IAPI) entre outros.

A perspectiva de uma nova Constituição, em virtude do momento político de uma eleição indireta não-militar desde 1964, contribuíram para que a VIII Conferência Nacional de Saúde, seja considerada um marco e um divisor dentro do Movimento pela Reforma Sanitária. As propostas discutidas na Assembléia Constituinte, decorrentes da elaboração da nova Carta Magna, por fim concretiza a ações da Reforma Sanitária Brasileira, no plano

jurídico-institucional, conhecida como Constituição-Cidadã, em que incluiu, no capítulo da seguridade social, a saúde como direito de todos e dever do Estado e moldou as diretrizes do Sistema Único de Saúde, o SUS (RONCALLI, 2003).

Diz a Constituição, no Título VIII (Da Ordem Social), Capítulo II (Da Seguridade Social), Seção II (Da Saúde), artigo 196 (Brasil, 1988a):

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

### 2.3. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

No contexto de democratização política e de Reforma da Saúde Pública no Brasil, a partir da Constituição Federativa de 1988 e através da Reforma Sanitária é criado o Sistema Único de Saúde-SUS, através da Lei 8080/90 com a proposta de garantir igualdade de direitos de saúde.

De acordo com essa mesma lei o SUS traz como objetivos a identificação e divulgação a todos os cidadãos dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a redução dos riscos de doenças e de outros agravos e a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990).

Para Sousa e Batista (2012), a aprovação do SUS exige um compromisso do Estado com a população, sendo responsável pelo fornecimento de assistência às pessoas, a saúde do trabalhador, as vigilâncias epidemiológica e sanitária e assistência farmacêutica.

Outro ponto importante evidenciado na lei 8080/90 são os princípios e diretrizes que norteiam as ações e serviços e devem ser conhecidos, aderidos e praticados por todos que compõem esse sistema integrado: universalidade, igualdade, integralidade, participação popular descentralização e comando único, regionalização e hierarquização.

Entretanto, a implementação de alguns desses princípios e diretrizes enfrenta na prática dificuldades de efetivação até os dias atuais. Não é simples colocar em prática uma política tão abrangente como a do SUS, devido lacunas importantes em princípios como a descentralização e o financiamento, itens essenciais na proposta de sustentação da reforma (MATTA; PONTES, 2007).

Esses mesmos autores também citam como dificuldade para efetivação do princípio da participação popular a heterogeneidade existente no país e a imaturidade política nos diversos segmentos sociais.

Algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico – hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde (BRAVO, 2001, p.14).

Para esta mesma autora, apesar das declarações dos dispositivos oficiais e legais de adesão ao SUS, verificou-se por parte do governo federal, omissão na regulamentação e fiscalização das ações de saúde, o que também compromete a efetivação do sistema na prática. Importante destacar nesse processo de aprovação e implementação do SUS, a participação social, com a representação popular através dos sindicatos, das associações profissionais e cidadãos comuns, cenário diferente do período antecedente a essa fase. Era o povo tomando consciência e indo a busca de seus direitos. A população passa a ver a saúde como direito social e dever do Estado, cabendo a este a regulamentação e controle das ações e serviços de saúde.

Com a Reforma é necessário incorporar e construir uma nova concepção de saúde, capaz de compreender o indivíduo no contexto de uma coletividade e dos problemas que dela emana. Esse desafio remete à questão da formação profissional e das novas práticas sociais (MATTA; PONTES, 2007, p. 58).

Ao discorrermos sobre a participação popular no contexto do SUS, torna-se fundamental destacar a lei 8142/1990, que relata entre outros pontos, a participação da comunidade de uma forma geral, na gestão do SUS, através dos Conselhos e das Conferências de Saúde.

A participação popular e o controle social em saúde, dentre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), destacam-se como de grande relevância social e política, pois se constituem na garantia de que a população participará do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013, p. 2)

Atualmente os Conselhos e Conferências de Saúde são espaços apropriados, utilizados pela população e suas entidades representativas, para a exposição de suas

necessidades e fiscalização da implementação de medidas preventivas e corretiva, favorecendo, apesar das algumas fragilidades, o controle social.

### **3 SUS EM RORAIMA – POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO**

Em Roraima, a divisão do atendimento do SUS é organizada através da Resolução nº 051 de 22 de outubro de 2009 (DOE nº 1178 de 06/11/2009), da Comissão Intergestores Bipartite - CIB/RR, que pactuou a constituição de 02 (duas) Regiões de Saúde: Região Centro Norte e Região Sul que de acordo com o novo desenho da regionalização da saúde contempla os 15 (quinze) Municípios do Estado.

#### **LEGENDA – REGIÃO CENTRO NORTE**

<b>Municípios Integrantes</b>	<b>População Regional</b>
• 01 Alto Alegre	16.448
• 02 Amajari	9.327
• 03 Boa Vista - Capital	284.313
• 04 Bonfim	10.943
• 05 Cantá	13.902
• 06 Mucajaí	14.792
• 07 Normandia	8.940
• 08 Pacaraima	10.433
• 09 Uiramutã	8.375
<b>TOTAL</b>	<b>377.473</b>

#### **LEGENDA – REGIÃO SUL**

<b>Municípios Integrantes</b>	<b>População Regional</b>
• 01 Caracaraí	18.398
• 02 Caroebe	8.114
• 03 Iracema	8.696
• 04 Rorainópolis	24.279
• 05 São João da Baliza	6.769
• 06 São Luiz	6.750
<b>TOTAL</b>	<b>73.006</b>

Fonte: Plano Estadual de Saúde 2012-2015

Do ponto de vista das políticas públicas, os indicadores da situação de saúde são instrumentos que permitem identificar e medir aspectos relacionados a um determinado cenário, problema ou resultado de uma intervenção na realidade. A principal finalidade de um indicador é traduzir, de forma mensurável, determinado aspecto da situação de saúde ou ação de governo, de maneira a tornar operacional a sua observação e avaliação.



Neste artigo abordamos sobre a Política Nacional de Humanização (PNH), como está sendo desenvolvida no Estado de Roraima no que se refere ao serviço de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON). A PNH foi lançada em 2003 e é também conhecida como HumanizaSUS e preconiza a inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho. No SUS a Humanização tem como característica ser uma política transversal.

Como política, a Humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. O confronto de ideias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não podemos nos furtar (Ministério da Saúde, 2004, p.7).

Pode-se perceber que esta configuração de política implica na corresponsabilidade entre os atores envolvidos. O HumanizaSUS tem então como princípios a transversalidade, a corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos e a indissociabilidade entre atenção e gestão, onde os atores buscam conhecer sobre os serviços e rede de saúde, além de participar do processo de tomada de decisões.

A Política Nacional de Humanização está pautada em diretrizes que devem nortear o trabalho: Acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários.

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), o *acolhimento* se refere ao reconhecimento do que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre os atores; a *cogestão* se expressa pela inclusão dos novos sujeitos nos processos de análise e decisão; a *ambiência* está voltada para a criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis; a *clínica ampliada* considera a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença; a *valorização do trabalhador* é no sentido de dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão; sobre a *defesa dos direitos dos usuários* os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos.



Ressalta-se que a Política Nacional de Humanização está em constante construção, uma vez que os dispositivos vão sendo vivenciados e podem ser reformulados ao longo do processo. A Secretaria de Saúde/RR vem buscando efetivar a política de humanização no Estado através de vários dispositivos:

Grupo de Trabalho de Humanização (GTH); Colegiado Gestor; Contrato de Gestão; Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: sistema de portas abertas, ouvidorias, grupos focais e pesquisa de satisfação, Visita Aberta e Direito ao Acompanhante; Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP); Equipe de Referência e de Apoio Matricial; Projetos Cogeridos de Ambiência; Acolhimento com Classificação de Risco; Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva; Projeto memórias do SUS que dá certo”(Plano Estadual de Saúde de RR, 2012-2015, p.315).

No Hospital Geral de Roraima, foi nomeado em 2016 o Grupo de Trabalho Humanizado. Entretanto, a Humanização vem sendo articulada desde 2006, pelas mesmas pessoas que agora foram nomeadas para o Grupo de Trabalho e que fizeram a capacitação promovida pelo Ministério da Saúde. Dentre as ações desenvolvidas, considerando as diretrizes preconizadas pela Política de Humanização estão o acolhimento com classificação de risco, a criação da Ouvidoria, Setor Cuidando o Cuidador, treinamento de pessoal de apoio (maqueiros, recepção), pesquisa de satisfação dos usuários, roda de conversa com os profissionais, elaboração de estratégias de capacitação dos profissionais.

No que tange a Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, está localizada no HGR é um serviço criado por portaria do Ministério da Saúde e funciona desde 2006 neste Estado. É composto por atendimento em Enfermaria, Sala de quimioterapia, Farmácia e CAPO (Centro de Atenção ao Paciente Oncológico) com atendimento ambulatorial, Cuidado Paliativo e Visita Domiciliar. Fazem parte da equipe de profissionais Médicos Oncologistas, Cirurgiões Oncologistas, Médico Clínico Geral, Médicas Hematologistas, Cirurgiões cabeça e pescoço, Coloproctologista, Cirurgião torácico, Ginecologista, Mastologista, Urologista, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, Farmacêuticos, Odontólogos, Assistentes administrativos, Assistentes Sociais, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Psicólogas. Busca-se desenvolver o trabalho em equipe multidisciplinar, considerando-se a especificidade do tratamento a ser dado ao paciente oncológico, que permanece sendo acompanhado por muito tempo, por tratar-se de doença crônica. Na UNACON é preconizado o atendimento ao paciente de forma integral, inserindo a família como parte do tratamento, uma vez que esta será

fundamental enquanto apoio ao mesmo. Neste sentido, pode-se pensar na humanização enquanto modo de cuidar e na própria organização do trabalho.

Salienta-se enquanto forma de acolhimento o Grupo de Apoio Psicossocial para Mulheres, Grupo de Apoio Psicossocial para Familiares/Acompanhantes, ambos com foco para atividades voltadas ao cuidado consigo mesmo, autoestima e alteridade. Também em relação à diretriz do acolhimento tem-se o acompanhamento de visitas de crianças e adolescentes à enfermaria; a participação da Psicologia nas reuniões para comunicação de notícias difíceis realizadas pelo médico à família e ao paciente; e a visita domiciliar feita pela equipe multidisciplinar (Médico, Enfermeira, Nutricionista, Fisioterapeuta, Assistente Social, Psicóloga) aos pacientes do serviço de Cuidados Paliativos em suas residências.

#### **4 CONCLUSÃO**

Diante do que foi exposto, o surgimento das políticas sociais no Brasil está diretamente relacionado às condições vivenciadas pelo país em níveis econômico, político e social. São manifestadas por meio de mecanismos de manutenção da força de trabalho, em alguns momentos, outros como conquistas dos trabalhadores, ou como doação das elites dominantes, e ainda como instrumento de garantia do aumento da riqueza ou dos direitos do cidadão.

Em virtude disso, é necessário implementar parâmetros de equidade e direitos sociais e universais a população, sendo concedido após a promulgação da Constituição Federal em 1988. A partir da garantia dos direitos sociais, o direito a saúde surge como prioridade para o fortalecimento das políticas públicas com a implantação do SUS. Os princípios e diretrizes condicionantes do SUS preconizam ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Entretanto, a assistência integral à saúde ainda é um grande desafio, devido à omissão na regulamentação e fiscalização das ações de saúde.

No Estado de Roraima o SUS está organizado de forma regionalizada, contudo, na capital se concentra a maior parte dos serviços de Alta Complexidade. A Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS) está pautada nos princípios da transversalidade, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos e na indissociabilidade. Observa-se no que se refere às diretrizes, o acolhimento tem se consolidado no serviço da UNACON-RR.

Segue o desafio de construir formas de cuidados e serviços de saúde, pautadas no atendimento humanizado, tanto para usuários quanto para profissionais. A abordagem

integral e humanizada requer no mínimo, condições físicas e estruturais, qualificação e valorização profissional, que assegure uma assistência não à doenças, mas à pessoas, com suas singularidades e subjetividades.

### REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. **Lei 8080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso em: 02 jun. 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm) . Acesso em: 02 jun. 2016.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2001.

DALLAGO, C. S. T. **ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL: Formas históricas de enfrentamento a pobreza**. III JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS São Luís – MA, 28 a 30 de agosto 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria- Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de atenção à Saúde. **Rede HumanizaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 1ª reimpressão.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro, 2007.

PIANA, M.C. **As políticas sociais no contexto brasileiro: Natureza e Desenvolvimento**. Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 233 p. ISBN 978-85-7983-038-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. All.

ROLIM, Leonardo; CRUZ, Rachel; SAMPAIO, Karla. **Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa**. Rio de Janeiro, 2013.

RONCALLI, A.G. **O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde**. Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ARTMED, 2003. Cap. 2. p. 28-49. ISBN: 853630166X.

Secretaria de Estado da Saúde de Roraima. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Boa Vista: SESAUC/CGPLAN – RR, 2012. 805p.

SOUSA, R. C; BATISTA, F. E. B. **POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL: História e Perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS**. VII CONNEPI – Ciência, Tecnologia e Inovação: Ações sustentáveis para o desenvolvimento regional. Congresso norte nordeste de pesquisa e inovação. Palmas, TO, 2012.